**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://es.smartsheet.com/try-it?trp=27821&utm_language=ES&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Employee’s+Incident/Accident+Report+(with+Back+Injury+Report)-word-27821-es&lpa=ic+Employee’s+Incident/Accident+Report+(with+Back+Injury+Report)+word+27821+es)INFORME DE INCIDENTE/ACCIDENTE DEL EMPLEADO**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | ID DE EMPLEADO | N.º DE SEGURO SOCIAL |
|  |  |  |
| PUESTO | DEPARTAMENTO | |
|  |  | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | TELÉFONO FIJO |
|  | |  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | HOMBRE O MUJER | FECHA DE NACIMIENTO |
|  |  |  |

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UBICACIÓN | FECHA DEL INCIDENTE | HORA DEL INCIDENTE: |
|  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE  Con el mayor detalle posible, describa qué causó el incidente/accidente/lesión, qué estaba haciendo justo antes del incidente y qué hizo después del incidente. Nombre los objetos o sustancias involucrados. | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Estaba realizando tareas regulares en el momento del incidente? |  | SÍ |  | NO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Alguien vio que se lastimó? |  | SÍ |  | NO |
| Si ES AFIRMATIVO, enumere a todos los testigos: | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Reportó este incidente a alguien? | |  | SÍ |  | NO |
| En caso afirmativo: | | | | | | |
| NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE INFORMÓ | TÍTULO | | FECHA DEL INFORME | | | |
|  |  | |  | | | |
| Si la respuesta es negativa, explique por qué eligió no informar: | | | | | | |
|  | | | | | | |

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NATURALEZA DE LA LESIÓN *seleccione todas las que se aplican* | | | | | | | | | | | |
|  | | Abrasión, rasguños |  | Amputación |  | Hueso roto |  | | Moretón |  | Quemadura (calor) |
|  | | Quemadura (química) |  | Conmoción cerebral |  | Lesión por aplastamiento |  | | Corte, laceración, perforación | | |
|  | | Hernia |  | Enfermedad |  | Esguince, tensión |  | | Daños al sistema corporal | | |
|  | | Otro, describa: |  | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN | | | | | | | PARTE DEL CUERPO AFECTADO *sombra todas las que se aplican* | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Se brindaron primeros auxilios en el lugar? | | | | En caso afirmativo, ¿quién administró los primeros auxilios? |
|  | SÍ |  | NO |  |
| Describa los primeros auxilios administrados. | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Fue necesario tratamiento médico? | | | | SI ES AFIRMATIVO, NOMBRE DEL HOSPITAL / MÉDICO: |
|  | SÍ |  | NO |  |
| FECHA DE LA VISITA | | HORA DE LA VISITA | | TELÉFONO DEL HOSPITAL / MÉDICO |
|  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Alguna vez ha tenido una lesión similar? |  | SÍ |  | NO | ¿Se ha tratado una lesión similar? |  | SÍ |  | NO |
| Si ES afirmativo, describa una lesión anterior | | | | | Si ES afirmativo, ¿dónde, cuándo y por quién fue tratado? | | | | |
|  | | | | |  | | | | |

INFORME DE LESIONES DE ESPALDA

Se completará cuando el empleado herido reporte una lesión en la espalda. *Si no es aplicable, vaya a la página siguiente*.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Qué parte de la espalda le duele ahora? | | | | | |
|  | | | | | |
| ¿Cuándo notó este dolor de espalda por primera vez? | | FECHA: |  | HORA: |  |
| ¿Qué estaba haciendo en ese momento? Explíquelo en detalle. |  | | | | |
| Si estaba levantando un objeto, ¿qué era y qué tan pesado? |  | | | | |
| ¿Qué siente? |  | | | | |
| ¿Cuál fue el tiempo entre la lesión y su discapacidad, si la hay? |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Alguien vio que se lastimó? |  | SÍ |  | NO |
| Si ES AFIRMATIVO, enumere a todos los testigos: | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Reportó este incidente a alguien? | |  | SÍ |  | NO |
| En caso afirmativo: | | | | | | |
| NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE INFORMÓ | TÍTULO | | FECHA DEL INFORME | | | |
|  |  | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Alguna vez tuvo una lesión en la espalda? |  | SÍ |  | NO | ¿Alguna vez fue tratado por un médico? |  | SÍ |  | NO | |
| En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Y qué parte de tu espalda? | | | | | Si ES afirmativo, ¿dónde, cuándo y por quién fue tratado? | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| Si se lesionó anteriormente, ¿le ha dado problemas desde entonces? Explicar. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

RECLAMACIONES DE COMPENSACIONES ANTERIORES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Alguna vez ha recibido o solicitado una compensación por una lesión en la espalda? |  | SÍ |  | NO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Alguna vez ha recibido o solicitado una compensación por una lesión en la espalda? |  | SÍ |  | NO |
| Si ES afirmativo, enumere los números de reclamos de la Oficina de Compensación Laboral: | | | | | |
|  | | | | | |

LIBERACIÓN MÉDICA

Según la Ley de Compensación Laboral actual, el empleador tiene derecho a un comunicado médico firmado. Por la presente, autorizo a cualquier persona o personas que en el pasado me hayan atendido, tratado o examinado médicamente a divulgar dicha información a mi empleador, a la organización de atención administrada de mi empleador o al representante designado de mi empleador. Por la presente, autorizo a cualquier persona o personas que en el pasado me hayan atendido, tratado o examinado médicamente a divulgar dicha información a mi empleador, a la organización de atención administrada de mi empleador o al representante designado de mi empleador. Además, por la presente autorizo a cualquier persona/persona que pueda tener información de cualquier tipo que pueda usarse para tomar una decisión en cualquier reclamación por lesión o enfermedad derivada de la lesión/enfermedad descrita anteriormente a divulgar dicha información a mi empleador, a la organización de atención administrada de mi empleador o al representante designado de mi empleador. Una copia de este formulario servirá como original.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL EMPLEADO EN IMPRENTA | FIRMA DEL EMPLEADO | FECHA |
|  |  |  |

INFORME PRESENTADO POR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | FIRMA | FECHA |
|  |  |  |

INFORME RECIBIDO POR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | FIRMA | FECHA |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**  Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |